UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNEE 1948 N° 52

PLAIES DU VAGIN AU COURS DU COÏT

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1948

PAR

JEAN REY

MEMBRES DU JURY

MM. LEFEBVRE — *Président.*

FABRE P.

GUILHEM — *Assesseurs.*

GADRAT

DIEULAFÉ — *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE MODERNE
22, rue Sainte-Ursule, 22

1948

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548920_0077

UNIVERSITE DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN ..... MM. CALVET
ASSESSEUR ..... LEFEBVRE
Doyens honoraires ..... BARDIER, GORSE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DALOUS, ARGAUD, MM. RISPAL, LAFFORGUE, MM. MERIEL, CAUBET, MM. MAURIN, RIBAUT, SERR

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et psychiatrie	MM. RISER
Clinique médicale	TAPIE (J.), ROQUES
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	VALLOIS, CLERMONT
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL R.
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL
Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des Maladies des Voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	MÉRIEL
Anatomie Pathologique	FABRE (J.)
Clinique Oto-rhino-laryngologique et Chirurgie Maxillo-faciale	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie Biologique	VALDIGUIE (P.)
Médecine légale et Médecine du Travail	PLANQUES
Histologie et Embryologie	BROUSSY

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie..... M. BAISSET, Obstétrique..... GUILHEM, Anatomie..... COULOUMA

AGREGES EN EXERCICE

Anatomie	MM. LAZORTHES
Histologie	BIMES ch. f.
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.)
Chirurgie	GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.)
Odonto-Stomatologie	CADENAT
Ophtalmologie	DEODATI
Physique médicale	MARQUES
Pharmacie	COUTURIER
Chimie Générale Pharmaceutique	BLANC
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GARIPUY
Cours d'anat. physiol. et pathol aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et Syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Microbiologie	BOUISSET
Clinique de la Tuberculose	MOREL L.
Parasitologie	DAMRRIN (P.), LASSERRE
Botanique et Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM. BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine Sociale et du Travail	BOUNHOURE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	BONHOURE
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES
Oto-Rhino-Laryngol	CLAUX
Secrétaire de la Faculté	DUCROS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 mai 1891).

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNEE 1948 N° 52

PLAIES DU VAGIN AU COURS DU COÏT

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1948

PAR

JEAN REY

MEMBRES DU JURY

MM.	LEFEBVRE	*Président.*
	FABRE P.	*Assesseurs.*
	GUILHEM	
	GADRAT	
	DIEULAFÉ	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE MODERNE
22, rue Sainte-Ursule, 22

1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEFEBVRE

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

Avec l'expression de notre vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE FABRE
Professeur de Clinique
des Maladies des Voies Urinaires

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILHEM
Professeur Agrégé à la Faculté
Chargé du cours d'Obstétrique

MONSIEUR LE PROFESSEUR GADRAT
Professeur Agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DIEULAFE

Il a bien voulu nous inspirer l'idée de cette thèse et nous guider dans sa réalisation. En témoignage de notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Il peut paraître prétentieux de consacrer un sujet de thèse aux plaies du vagin au cours du coït. Cependant, des cas assez fréquents ont été observés et cités dans la littérature médicale. Ces accidents malheureux peuvent offrir toute la gamme de gravités : depuis la simple hémorragie jusqu'à la mort rapide en douze heures (cas observé par BARROUX).

Certes, ces faits n'auraient qu'une médiocre importance s'ils se limitaient aux hémorragies du vagin au cours de la défloration ; mais les plus importants et les plus graves, quoique moins fréquents sont les plaies du vagin étendues et variées que nous allons décrire après les avoir classées.

La médecine légale nous permet de découvrir des mutilations souvent inouïes, dues à des crimes d'assassins odieux. Mais en regard, il y a les mutilations (les plais que l'on pourrait appeler légitimes), causées en état de mariage ou de libre consentement. Ce seront ces dernières qui seront l'objet de notre travail.

HISTORIQUE

Il est facile d'affirmer que les plaies du vagin ont commencé à exister le jour où la vie humaine a paru sur la terre. Il est même permis de penser que le nombre de cas était aussi élevé que de nos jours, si, comme le croit le professeur DELBET, ces plaies s'observent surtout chez les peuples et les individus un peu rustiques, car l'acte physiologique, accompli normalement, ne peut amener pareilles effractions.

En fouillant la bibliographie, nous avons constaté que des cas analogues avaient été rapportés depuis fort longtemps. Ainsi, POZZI, en 1897, dans son traité de gynécologie clinique, leur consacre un chapitre. SEBIN a rapporté un cas de plaie de la paroi recto-vaginale qui était déchirée depuis la vulve jusqu'au cul-de-sac de Douglas.

BARNÈS signale chez une vieille femme avec atrophie du vagin, un cas de déchirure (dû au coït) et des lésions pénétrant dans le péritoine.

BREUKY signale un cas analogue.

TARDIEU, en 1878, parle des plaies du vagin dans une étude sur les mœurs.

SEVERCANNE a rapporté au Congrès de Chirurgie de 1893, des cas où, après défloration, il existait une perforation de la cloison recto-vaginale.

TRILLAT, en 1902, à la Société des Sciences Médicales, a cité un cas d'arrachement du vagin.

WERTHERM, en 1903, signale au cours d'un premier coït, une rupture du cul-de-sac vaginal avec issue de plusieurs anses intestinales.

CARDAMIN rappelle l'observation d'une malade qui mourut d'hémorragie à son arrivée en gare Perrache. Cette hémorragie était due à une déchirure du vagin post-coïtü.

NENGEBAUER, en 1908, examine les lésions traumatiques sub-coïtus des organes sexuels de la femme.

AIGRET, en 1920, signale un cas de dédoublement de la cloison recto-vaginale.

COTTE opéra, en 1921, une femme de 26 ans, présentant une déchirure due au rétrécissement du vagin.

ESTACHY, en 1932, signale la rupture de la face postérieure du vagin.

BARROUX cite, en 1939, le cas d'une plaie du vagin qui amena la mort en 12 heures par hémorragie.

Ces exemples démontrent la fréquence relative des plaies du vagin et souvent même leur gravité puisque SÉJOURNET, dans son rapport en 1920 à la Société de Gynécologie, signale 22 morts sur 170 cas présentés.

Simple hémorragie sans plaie apparente, plaie de la paroi antérieure ou postérieure du vagin avec atteinte des parois latérales, et comme complication, atteinte des organes voisins rectum-urêtre, par dédoublement de la cloison recto-vaginale avec possibilité de communication avec la région abdominale, et issue de plusieurs anses intestinales dans le cul-de-sac vaginal. Telles sont les formes suivant lesquelles peuvent se présenter les plaies du vagin au cours du coït.

CLASSIFICATION

Ls plaies du vagin, au cours du coït, varient comme nous l'avons vu, d'après la gravité des lésions observées. Elles diffèrent également par le siège de ces lésions. Elles prêtent à classement et à description. Ce sera l'objet de ce travail. Nous essayerons ensuite d'en expliquer le mécanisme et les causes.

L'hémorragie étant le signe majeur de ces plaies, nous ferons un bref aperçu anatomique de la vascularisation du vagin.

Les artères du vagin sont de chaque côté :

1° En haut, les branches vaginales de l'utérine et de la cervico-vaginale.

2° A la partie moyenne du conduit, l'artère vaginale proprement dite ou artère vaginale longue,

celle-ci irrigue environ la moitié ou les deux tiers inférieurs du vagin.

3° L'hémorroïdale moyenne qui donne elle aussi quelques rameaux à la paroi vaginale postérieure. Ces différentes artères s'anastomosent entre elles, et avec celles du côté opposé. Les anastomoses forment en arrière, l'artère du vagin, qui s'étend d'une extrémité à l'autre du conduit. Les veines forment sur le côté du vagin le plexus vaginal, anastomosé en haut avec le plexus utérin. En avant, avec le plexus cervical. En bas, avec la honteuse interne par les veines bulbaires. En arrière, avec le plexus hemorroïdal. Les veines vaginales qui en partent se jettent soit directement la région iliaque interne, soit dans ses affluents.

Les plaies traumatiques du vagin, par opposition aux plaies observées au cours de la défloration, impliquent nécessairement l'intro-mission intra-vaginale de l'organe mâle. Contrairement aux précédentes, elles ne seront pas l'apanage presque exclutisif des filles vierges. On a pu constater chez les nullipares un cinquième des cas ; un dizième des cas chez les femmes ayant dépassé la ménopause ; à titre exceptionnel chez les prostituées. Cependant, elle reste un accident fréquent au cours de la défloration.

CLASSIFICATION

1° Plaie du cul-de-sac postérieur et de la paroi postérieure ;

2° Plaie du cul-de-sac et de la paroi antérieure ;

3° Plaie du cul-de-sac et de la paroi latérale.

I. — Plaie du cul-de-sac postérieur et de la paroi postérieure

Le cul-de-sac et la paroi postérieure sont prédisposés plus que les autres au traumatisme pénien du fait de la direction oblique de bas en haut et d'avant en arrière, de son axe qui suit la courbure pelvienne, de la profondeur plus grande du cul-de-sac dont l'insertion sur le col de l'utérus dégage et laisse dans le vagin une plus grande surface en arrière qu'en avant. Pourtant, il se peut que dans certaines positions, l'utérus vienne en quelque

sorte, protéger cette paroi postérieure. L'utérus étant dévié en rétroposition, le corps en anteflexion sur le col, le col occupe le cul-de-sac postérieur peu mobile, appliqué directement contre le sacrum. Dans cette position, la paroi postérieure et son cul-de-sac ne seront pas libres. Ils risquent d'échapper ainsi aux traumatismes.

Quoiqu'il en soit, les plaies de la paroi postérieure siègent à une distance variable de l'entrée du vagin.

Elles sont rarement rapprochées de l'orifice le plus souvent, elles empiètent sur le cul-de-sac. Habituellement, c'est le cul-de-sac lui-même qui est intéressé car il correspond au maximum de profondeur du vagin, là où viendra s'appliquer l'extrémité de la verge.

A noter que la déchirure peut se faire exactement dans la zone d'insertion du vagin sur le col, et mettre à nu une étendue plus ou moins considérable du segment sus-vaginal de la paroi postérieure de l'utérus. Ces déchirures ne sont pas nécessairement limitées à la paroi postérieure, elles empiètent sur les parois latérales, la droite de préférence.

Certains auteurs prétendent expliquer cette propagation à droite, par la tendance naturelle qu'auraient les couples, de se placer en position oblique l'un par rapport à l'autre.

La direction de la déchirure est transversale ou longitudinale. Lorsque la déchirure est superficielle et n'intéresse que la muqueuse, elle a un aspect linéaire.

Lorsque la déchirure est profonde et atteint les couches sous-jacentes, elle crée une véritable brèche dans la paroi vaginale. Brèche à lambeau ayant un aspect étoilé.

Observation I

Il s'agit d'une femme de 45 ans qui avait, 10 ans auparavant, subi une castration par hystérectomie subtotale. Son mari, prisonnier depuis deux ans, revient de captivité. Cette femme a un rapport sexuel avec lui et ressent presque immédiatement une douleur très vive. Du sang s'écoule aussitôt en grande abondance.

A l'examen du vagin avec une valve, on constate sur la face postérieure, l'existence d'une longue déchirure linéaire longitudinale, allant de la partie inférieure du vagin, jusqu'au fond du cul-de-sac postérieure. La paroi vaginale est entièrement divisée, mais la muqueuse rectale a résisté. Il n'y a donc pas communication vagino-rectale. La muqueuse, la sous-muqueuse et la musculeuse sont intéressées.

On suture par points séparés au catgut, affrontant les bords de la plaie. On tamponne avec une mêche, sulfamides.

Guérison sans complication.

Observation II

Jeune fille de 25 ans, qui a déjà eu des rapports sexuels avec le sujet qui l'amène à la consultation. Lors de leur rapprochement qui a eu lieu 1 heure avant qu'elle soit amenée à la clinique, elle a éprouvé un vive douleur et une hémorragie extrêmement abondante s'est produite. Elle arrive baignant dans son sang.

L'examen avec une valve, montre une déchirure transversale en croissant, intéressant tout le fond du cul-de-sac vaginal postérieur et empiétant sur les côtés. La lèvre postérieure du col, soulevée par une pince de Museux, on peut explorer le fond de la plaie qui ne permet pas de pénétrer dans la cavité péritonéale.

Suture à points séparés au catgut.

Tamponnement avec une mêche.

Guérison sans complication.

II. — Plaie du cul-de-sac et de la paroi antérieure

Les plaies de la paroi antérieure du vagin sont d'une grande gravité et ceci se comprend par la position normale du coït qui a plutôt tendance à amener la verge au contact de la paroi postérieure. Ces plaies tirent leur intérêt du voisinage de l'urètre, elles sont toujours accompagnées de lésions hyménéales dont la déchirure, souvent primitive, ne fait que se propager à la paroi vaginale antérieure.

Grée a rapporté le cas suivant dans le bulletin médical *Sing-journal* en 1893 :

Il constata une déchirure de 2 cm. de large, siégeant au niveau du cul-de-sac vaginal antérieur. On notait également une déchirure presque complète de l'hymen sur son bord droit.

III. — Plaie du cul-de-sac et des parois latérales

Les plaies des parois latérales, si elles restent limitées au vagin, ne se différencient pas des plaies des autres parois ; mais, dès que la lésion gagne le paramètre, elle revêt un caractère de réelle gravité.

F. Séjournet note, sur 7 observations : 3 morts, et une septicémie qui se termina par la guérison.

C'est que dans cette région, toute plaie profonde va déchirer des plexus veineux importants des artères, et ouvrir les espaces lymphatiques. Toutes lésions, qui seront le point de départ non seulement d'hémorragie grave, mais encore d'infection du paramètre, d'où cellulite pelvienne, phlegmon du ligament large, pyohémie, septicémie.

De telles complications paraissent bien diproportionnées à la lésion initiale. Les hôtes normaux du vagin n'en laisseraient guère soupçonner la possibilité. Pourtant, elles ont été observées. Bien que les examens microbiens manquent, il y a tout lieu de penser qu'il s'agissait dans ces cas d'infection à streptocoques.

Ici encore, le cul-de-sac droit serait plus souvent atteint que le gauche pour la raison que nous avons précédemment signalée.

Toutes les plaies dont nous venons de parler, ont été constatées chez des femmes pubères d'âge moyen. La plupart de ces femmes étaient normalement constituées et auraient dû être à l'abri de semblables désordres organiques. Il n'en est pas de même chez les très jeunes sujets victimes du viol. Le développement incomplet des organes génitaux ouvre le chemin à des dégâts destructifs qui ne connaissent plus de limites.

Les observations qui décrivent les lésions, souvent relevées sur des cadavres d'enfants, nous met-

tent en présence d'organes sexuels déchirés, de pérines détruits, de parois vaginales et rectales perforées, d'effondrement du cul-de-sac péritonéal ; toutes lésions qui entraînent la mort soit rapidement par hémorragie, soit secondairement par infection.

Ces cas sont à la limite du sujet que nous traitons. Ils intéressent surtout la médecine légale.

COMPLICATIONS

Si les plaies du vagin ne peuvent présenter qu'une gravité relative, il n'en est pas de même des diverses lésions des organes voisins qui peuvent les compliquer.

1° Dédoublement de la cloison recto-vaginale avec perforation du vagin. L'effraction se poursuit. Le trajet se dirige en avant vers la paroi vaginale postérieure qui cède à son tour. Il en résulte un canal traumatique, une fistule vulvo-vaginale faisant communiquer le vagin et la vulve.

2° Plaies du rectum : si la plaie siège sur la paroi postérieure, près de l'orifice vaginal, le rectum peut être lésé.

Telle l'observation de Spaeth qui se rapporte à une femme chez qui le coït détermina un véritable arrachement de la colonne postérieure du vagin à

sa base, avec perforation du rectum dans la profondeur, d'où fistule recto-vaginale.

Une lésion de cet ordre est exceptionnelle, alors que les perforations du rectum sont relativement fréquentes, comme complications des plaies vulvo-périnéales. Le plus souvent, le rectum échappe aux traumatismes vaginaux. Il n'est en effet en rapport direct avec le vagin que sur une courte distance, et plus haut, le cul-de-sac de Douglas le sépare de cet organe.

Par contre, les déchirures du cul-de-sac postérieur vont pouvoir s'étendre en profondeur jusqu'au péritoine. Ce dernier a pu être mis à nu, faisant hernie au fond de la plaie. Il semble cependant que dans certaine mesure, il soit à même de fuir devant le danger, car l'on n'a jamais observé sa perforation, cas de viol mis à part. Il y a une différence à noter avec certaines variétés de plaies accidentelles du vagin par corps pointu : chûte à califourchon sur un piquet, empalement vaginal.

Une femme de 68 ans, citée par FIÉGEL, reçoit dans son étable un coup de corne de vache. Le coup est si violent que le vagin est perforé ; le cul-de-sac péritonéal ouvert et une anse intestinale fait issue par la vulve.

Ces désordres nous éloignent de notre sujet, ne nous y attardons pas.

3° Plaies de l'urètre : les plaies de la paroi antérieure du vagin tirent leur intérêt du voisinage de l'urètre. On a signalé quelques faits de réouverture d'une fistule vésico-vaginale, précédemment opérée et guérie. Un coït trop précoce avait suivi l'opération.

SCHULEIN aurait observé la réouverture d'une fistule vésico-vaginale après coït, quatre ans après l'opération. Il est permis d'en éprouver quelque surprise. Aussi, convient-il d'imposer une réserve de durée convenable après toute opération de plastie.

La déchirure de la paroi met à nu l'urètre. Dans les cas bénins, elle ne produit qu'un léger prolapsus de la paroi inférieure de la muqueuse. Dans les cas plus graves, la muqueuse se déchire et la déchirure peut se propager jusqu'au niveau du col de la vessie, déterminant l'apparition d'une fistule vésico-urétro-vaginale. La vessie échappe au traumatisme direct, et nous tenons pour infiniment rare et même discutable le cas de MASSALITINOW qui se rapporte à une fistule survenue à la suite d'un hématome du septum vésico-vaginal. Cet hématome ayant déterminé une nécrose vésicale. Les plaies de la paroi antérieure sont presque toujours accompagnées de lésions hyménéales dont la déchirure, souvent primitive, ne fait que se propager à la paroi antérieure vaginale.

Les autres complications des plaies du vagin sont de nature infectieuse et peuvent amener la mort, comme dans l'observation de BARTEL.

Une cuisinière de 28 ans est admise à l'hôpital avec le diagnostic de typhus. Elle présente une hémorragie vaginale abondante et avoue avoir eu une plaie au vagin quelques jours avant. Elle meurt quelques jours après.

Autopsie : Paramétrite septique purulente droite du vagin, on trouve une déchirure de quelques centimètres qui pénètre dans le paramètre. La blessure est recouverte d'une matière purulente grisâtre. Endocardite et pyohémie.

SYMPTÔMES

Les signes particuliers qui accompagnent les plaies du vagin au cours du coït sont d'une extrême simplicité. Ils se résument en effet :

1° hémorragie ;

2° douleurs.

L'hémorragie est le signe majeur. Elle est d'apparition brusque, de suite après le coït, le malade saigne. Son abondance est variable, tantôt c'est un suintement qui s'arrête spontanément ou sous l'influence d'un tamponnement, ce qui rend probable que certains cas restent ignorés.

Le plus souvent, c'est une hémorragie abondante, parfois alarmante, nécessitant une suture immédiate.

La première malade de notre observation fut prise d'une hémorragie abondante qui l'amena au médecin qui constata une plaie de la face postérieure du vagin. C'est également une hémorragie très abondante qui amena notre seconde malade.

L'abondance de l'hémorragie varie d'après l'importance de la plaie du vagin, le siège de cette plaie, et certaines prédispositions particulières du sujet (hémophylie, etc...). Ces plaies saignent le plus souvent en jet, parfois en nappe, parfois même elles sont à l'origine d'un hématome sous-péritonéal.

L'hémorragie a, comme caractère, d'être continue, persistante. Le sang remplit bientôt le vagin, s'écoule par la vulve. La quantité de sang ainsi perdue peut être considérable.

TARDIEU ayant eu à examiner une petite fille présentant une plaie du vagin après viol, estime la perte de sang à plus de deux litres.

La durée de l'hémorragie est variable. Elle peut persister plusieurs heures, elle peut se renouveler après chaque nouveau coït. La simple compression vulvaire ne suffit pas à l'arrêter et bientôt compresses, tampons, sont traversés par le sang. C'est qu'en effet l'hémorragie se fait en vase clos et peut continuer, malgré les caillots qui remplissent le vagin. Ces hémorragies persistantes vont se tra-

duire par une anémie aiguë, avec tous les signes qui accompagnent les grandes pertes de sang.

C'est la continuité de l'hémorragie qui décide la malade à entrer à l'hôpital. Il est certain que sans ce symptôme et en dehors de toute complication (fistule, infection), un certain nombre de plaies passent inaperçues.

Il faut admettre que dans un certain nombre de cas impossibles à déterminer, l'hémostase se fait spontanément et la plaie vaginale se répare et se cicatrise, en dehors de tout acte chirurgical. Dès lors, rien ne vient divulguer ces déchirures si ce n'est la douleur, symptôme secondaire mais toujours présent, que nous avons rencontré au cours de l'interrogatoire de nos deux malades. Cette douleur traduit la déchirure. Elle est extrêmement vive. C'est une sensation d'arrachement, d'avivement cuisant. Elle ne manque jamais pour ainsi dire. Elle a pu déterminer un état syncoptal. Parfois, elle s'accompagne de cette sensation curieuse qu'ont les femmes d'un mauvais chemin pris par l'homme. Lorsqu'il s'agit d'une nullipare, cette douleur éveille forcément l'attention, mais s'il s'agit d'une vierge, la douleur liée à la déchirure vaginale peut se confondre avec celle qui, d'ordinaire, accompagne la défloration partant, elle peut ne pas être rapportée à sa véritable cause.

Ce symptôme douleur a cependant été discuté, et si certains, comme GUILLEMIN, parlent toujours

d'une douleur vive, d'autres, comme BONAFOS insistent sur l'indolence d'une pareille déchirure. Pour certains même, l'hémorragie est absolument indolore.

Dans nos deux observations, le symptôme douleur existait.

En résumé, les deux signes fondamentaux des plaies du vagin peuvent se résumer en : hémorragie et douleur.

L'examen de ces malades montre :

1° Au toucher vaginal, le vagin encombré de caillots. Dans un cul-de-sac, la déchirure en général difficilement perceptible.

2° C'est le spéculum qui permet de préciser l'origine de l'hémorragie et révèle la déchirure et ses caractères.

EVOLUTION

Il existe certainement des cas bénins qui guérissent sans intervention et qui, de ce fait, passent inaperçus. Dans d'autres cas, un simple tamponnement suffit. D'autres cas sont enfin compliqués.

Il faut signaler tout d'abord l'hémorragie qui, par son abondance et sa répétition, peut entraîner la mort, comme dans le cas de CONDAMINE ou de R. KOCH.

Secondairement, il faut surtout songer à l'infection de la plaie, infection d'un hématome sous-péritonéal, abcès, sans oublier la possibilité d'une cellulite, d'une péritonite ou même d'une septicémie mortelle comme dans le cas E. R. PASMAIN.

Quant aux complications tardives, surtout lorsqu'il s'agit de plaies larges et infectées, il faut

craindre les sténoses cicatricielles avec leurs conséquences qui, en plus de l'infirmité pénible qu'elles créent, peuvent se rompre et causer une hémorragie plus ou moins abondante.

En résumé, le symptôme qui doit toujours attirer l'attention, c'est la quantité et l'aspect rouge du sang. Il faut donc y penser : Interroger le malade, mais il ne faut pas compter obtenir tous les renseignements nécessaires. Il faut surtout bien examiner la malade, rechercher les lésions associées, l'intégrité des culs-de-sac vaginaux.

Il est nécessaire aussi, devant une déchirure de l'hymen, de ne pas se contenter de l'examen superficiel de la vulve, mais d'examiner le vagin au spéculum et d'y rechercher une plaie vaginale associée. Enfin, dans le cas où l'examen est rendu difficile à cause du vaginisme, il faudra endormir la malade pour bien conduire l'examen et traiter convenablement les lésions. On écartera facilement les hémorragies d'origine interne. L'interrogatoire permettra aussi de reconnaître les accidents par empalement, mais c'est avant tout aux manœuvres abortives qu'on pensera devant une plaie du vagin.

On voit l'importance de l'interrogatoire poussé, d'ailleurs souvent bien difficile pour reconnaître l'origine exacte d'une plaie du vagin.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

La recherche de la cause, pouvant expliquer les plaies du vagin au cours du coït, n'est pas toujours facile.

Rarement, il s'agira d'une jeune fille avant la puberté. Ici, le développement incomplet de l'appareil génital explique facilement la déchirure vaginale, associée à d'autres lésions, en raison des disproportions d'organes.

D'une femme âgée à la ménopause, par suite de l'arrêt de la sécrétion ovarienne, le tractus génital de la femme âgée s'indure, devient scléreux et se déchire facilement.

A ce sujet, COTTE et RIVOLLIER relatent une observation intéressante d'hémorragie après Coït chez une femme de 65 ans qui avait été hospitalisée pour cancer du col, et qui présentait de petites déchirures répétées après coït.

En règle, dit Cotte : « presque toutes les déchirures, pour ne pas dire toutes comme Egoroff, se voient chez les femmes jeunes, de 18 à 40 ans.

Parmi ces déchirures vaginales, il en est qui relèvent des causes évidentes, mais il n'en est pas toujours ainsi, et parfois on ne trouve rien, pouvant expliquer ces plaies.

CAUSES EVIDENTES

a) Malformation vaginale :

L'atrésie vaginale est une cause fréquente comme en témoignent les observations de TRIBANE, qui notait un vagin court, petit, incompatible avec le coït. Tel vagin qui n'a que deux ou trois centimètres de profondeur ne peut accueillir le pénis. Dans ces conditions, une tentative brutale déterminera un effondrement de l'une des parois ou de l'un des culs-de-sac, avec participation plus ou moins étendue de la région vulvaire.

Ces malformations, par arrêt du développement du vagin sont rares, mais E. REGNAULT, dans un article paru dans le bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique souligne l'importance de la longueur de vagin dans la vie sexuelle de la femme.

b) Les cloisonnements du vagin et les brides sont parfois à l'origine de ces plaies. Lorsque le vagin est cloisonné, vagin double, la cloison intermé-

diaire est d'ordinaire charnue, épaisse, elle peut être amincie, en certains points. Cette cloison pourra devenir le siège de déchirure et de perforation, soit que le coït détermine un véritable arrachement de sa base sur la paroi vaginale postérieure, soit qu'il détermine une perforation, établissant une large communication entre les deux vagins.

Cerka - Koln - Erank en ont rapporté des exemples.

Reeb cite le cas d'une déchirure vaginale chez une jeune fille de 23 ans qui présentait une cloison transversale du vagin, au tiers inférieur. Ces cloisons ne sont pas rares et siègent tantôt au tiers inférieur, tantôt au tiers supérieur du vagin et sont percées parfois de petits orifices, par où s'écoulent les règles.

c) L'atrésie vaginale est plus fréquemment observée à la ménopause surtout, et après elle, le vagin subit un processus d'atrophie, de rétraction de sclérose liée à l'arrêt de la fonction ovarienne. Néanmoins, il faut distinguer les cas où la femme, continuant de pratiquer le coït, conserve un vagin relativement souple et celui où elle cesse tout rapport. C'est essentiellement dans cette dernière hypothèse que l'atrésie se développe, que la sclérose évolue et que le vagin devient impropre au retour imprévu et violent des rapports sexuels. Lorsque ceux-ci surviennent, ils peuvent déterminer des

plaies, des déchirures de gravité variable ainsi qu'en témoignent les faits observés chez des femmes entre 40 et 60 ans.

OBSERVATION

Chez une femme de 48 ans, ménopausée depuis 10 ans, n'ayant eu aucun rapport pendant plusieurs mois, un coït provoque une déchirure au niveau de la paroi postérieure du vagin. CHADWICK constate que le vagin est court et atrophié.

On signale une lésion analogue chez une paysanne de 58 ans qui n'était plus réglée depuis 8 ans.

Ces déchirures post-coïtum chez les vieilles femmes offrent un certain intérêt au point de vue diagnostic. L'hémorragie vaginale survenant inopinément chez une femme âgée a pu laisser s'égarer le diagnostic et faire penser à la possibilité d'une hémorragie d'une autre nature liée à un cancer de l'utérus par exemple.

L'on peut rapprocher des atrophies vaginales contemporaines de la ménopause, celles qui surviennent chez des malades, ayant subi la castration bilatérale des ovaires. On sait combien il est fréquent de voir survenir après l'ovariectomie double, un rétrécissement de l'orifice vulvaire. La rétraction de la vulve s'étend au vagin. Celui-ci perd de sa

souplesse et se trouve ainsi prédisposé aux déchirures. Là encore, la rareté des rapports sexuels favorise l'évolution de la rétraction. Leur reprise brusque sera le point de départ des accidents.

Notre malade de la première observation avait eu une hystérectomie subtotale 10 ans avant sa déchirure du vagin. Pendant deux ans, elle n'avait eu aucun rapport sexuel. C'est au cours de la reprise de la vie sexuelle et au premier coït qu'elle présenta une hémorragie abondante. Il nous a paru vraisemblable d'attribuer la déchirure à cet intervalle de repos, entre les deux derniers coït. En effet, tandis que la femme en pleine activité génitale présente des parois vaginales souples grâce à la présence de nombreuses fibres conjonctives et élastiques, il apparaît chez elle, après un repos génital, une sclérose qui transforme le canal vaginal en un tube à élasticité diminuée qui se fissurera avec une facilité aisée à comprendre. Certains auteurs ont voulu voir dans la fragilité du vagin une conséquence d'un accouchement laborieux au forceps. Pour eux, les cicatrices mal consolidées, ont cédé sous l'effet d'un coït un peu brutal. Nous nous devions de mentionner ces différentes causes, quoique nous ne les ayons pas observées.

Il reste pour conclusion à rappeler que ces plaies vaginales ont apparu dans nos deux cas, consécutives à une abstinence génitale chez des femmes qui

n'étaient pas vierges, mais qui avaient eu déjà de nombreux rapports sexuels. Quant au traumatisme sexuel lui-même, la pathogénie en est assez difficile à dégager. Les auteurs dissertent pour savoir le rôle joué par la disproportion des organes masculins et féminins comme elle a été signalée chez certains peuples arabes.

« Le vagin, disait MAURICEAU, s'adapte à toutes les sortes de verges, se contractant pour les unes, se dilatant pour les autres. » Contracté, les plis se rapprochent les uns des autres, l'épaisseur et par suite la réssitance, augmentent. Les lésions traumatiques ne sont guère à craindre. Dilaté au contact du corps trop volumineux et trop dur que représentent certaines verges en érection, le vagin se déplisse et se distend. Il s'amincit, sa résistance diminue, la dilatation atteint bientôt sa limite extrême. Le vagin se fissure mieux, il éclate. En somme, il s'agit d'un véritable éclatement par distension excessive. Il faut bien qu'il en soit ainsi car on s'expliquerait difficilement qu'une paroi dont l'épaisseur dépasse 2 millimètres, richement pourvue de fibres conjonctives et élastiques longitudinales circulaires, obliques, avec des faisceaux de renforcement qui forment de véritables colonnes puisse être vulnérable par le fait du coït, en dehors de tout état pathologique.

Mais cet éclatement, cette rupture ne se produira que sous l'influence d'un traumatisme violent, bru-

tal, impétueux, fougueux. Cependant, DELBET ne croit pas que la pathogénie puisse être seulement le résultat de l'acte physiologique normal. Le volume de la verge vulnérante n'interviendrait pas, d'après BONAFOS qui, dans son observation, cite le cas d'une femme de 34 ans, vue d'urgence pour une hémorragie vaginale. L'interrogatoire de cette femme apprit en effet, et la réponse fut formelle, que la verge n'était ni plus grande ni plus grosse que la moyenne, elle était en tout cas bien inférieure à celle de son mari.

Il paraît indéniable que l'inexpérience de la femme joue un rôle important, surtout chez les vierges, au cours d'un premier coït. La peur instinctive, les douleurs, les efforts parfois violents, les tentatives de dégagement favorisent les mauvaises positions de la vulve et du vagin.

Du côté de l'homme, l'inexpérience joue-t-elle le même rôle ? C'est possible, même probable. Au fond, nous n'en savons rien et l'inexpérience des couples n'est peut-être pas en cause.

Il faut souligner aussi le rôle de l'ivresse de l'un ou de l'autre sujet. L'ivresse favorise l'excitation génésique, la rend désordonnée, provoque des fausses directions.

Les fausses manœuvres au cours des rapports et les positions mauvaises (cuisses fléchies à l'extrême) ont paru des facteurs déterminants pour Rudolf TALK.

Selon JEMARI-KALU, l'élément principal des ruptures de la portion inférieure du vagin serait une faiblesse des parois vaginales, auquel s'ajoute un écart trop marqué de l'orientation de la verge par rapport à l'axe vaginal.

RALM, en Suède, étudiant 10 observations de déchirures vaginales, après avoir examiné les théories ci-dessus énoncées, conclut que le rôle capital revient aux contractions anormales de la musculature vaginale semblant en rapport avec l'hyperexcitation sexuelle de la femme. Toutefois, il fait intervenir un facteur névrosique mal connu.

FIOLLE et IMBERT donnent l'explication personnelle suivante : FIOLLE a remarqué, en dehors des cas où il s'agit d'une involution sénile pure, certaines déchirures vaginales qui sont le fait de clivage entre le col et le cul-de-sac.

Le clivage reviendrait à détruire pour FIOLLE, des accolements d'origine inflammatoire qui se sont faits peu à peu entre le col et les culs-de-sac, cette

origine étant signée par l'aspect même des tissus rouges, douloureux et qui saignent.

BONAFOS, à propos d'un cas paraissant inexpliqué, pense que dans son observation on ne peut invoquer le facteur sclérose vaginale, ni le volume du pénis, et se demande si on ne pourrait invoquer une sorte d'érection vaginale contractant celui-ci sur lui-même et lui faisant perdre une partie de son élasticité.

Enfin, le facteur puerpéralité et lactation mérite d'être retenu. ROSSI y fait allusion. JACOB KLEINTSKY, sur 25 observations, signale 3 femmes en train d'allaiter et 12 femmes enceintes.

FICHER parle d'une déchirure vaginale de 6 cm. du cul-de-sac postérieur ayant nécessité une suture chez une femme de 46 ans, 22 jours après l'accouchement. On pourrait penser qu'il s'agit ici d'un certain degré d'inhibition des tissus expliquant leur friabilité.

En conclusion, il est évident qu'une malformation vaginale, une disproportion d'organe, un coït brutal peuvent donner des déchirures vaginales. Il n'en est pas moins vrai que dans de nombreuses observations, rien de tout ceci n'a été remarqué et ce qui nous a paru jouer le rôle capital dans le déterminisme des plaies du vagin, c'est l'intervalle de temps considérable noté entre les deux derniers coïts.

PROPHYLAXIE DES ACCIDENTS

Le seul moyen d'éviter ces accidents ne peut être trouvé que dans la suppression de certaines positions anormales, de la brutalité du coït ou de l'ébriété qui peuvent être l'origine de ces plaies.

Il est clair que nous ne pouvons rien contre les malformations, les atrésies et la plus ou moins grande résistance du vagin.

TRAITEMENT

Le traitement des plaies du vagin se résume en la suture immédiate du vaisseau qui saigne. Suture à points séparés au catgut. En un tamponnement avec une mèche et si on craint l'infection de la plaie en la sulfamido thérapie ordinaire.

Sans doute la compression avec des mèches convenablement tassées dans le vagin, semblerait pouvoir assurer l'hémostase. Il n'en est rien, et la suture au catgut resorbable est toujours recommandé, pour ne pas dire nécessaire.

La plaie vaginale sera suturée, après rectification des lambeaux.

Quant aux complications rectales (fistules recto-vaginales), elles constituent une infirmité insupportable qui amène les malades au chirurgien. Constamment souillée, la femme est obligée de s'abs-

teindre à des soins de tous les instants pour éviter les éruptions érythémateuses, les érosions cutanées, que provoque à la longue l'écoulement irritant, et pour atténuer l'odeur repoussante qu'elle dégage, qui lasse son entourage autant qu'elle influe sur son état moral et la voue à la neurasthénie. Telle est la malade qui demande les soins du chirurgien et le supplie de mettre fin à son calvaire.

Si l'orifice anormal n'a aucune tendance à se fermer, il est indiqué de suturer. Deux voies, d'abord, sont permises :

La voie vaginale avec ses deux temps (avivement et dédoublement) ; la voie périnéale avec dédoublement de la cloison, avivement et suture, ce dernier procédé est l'opération de choix.

Le passage de l'urine par le vagin caractérise la fistule urinaire, uretérale ou vésicale. Le traitement chirurgical peut guérir la malade et la débarrasser de son infirmité. Ce traitement vise à fermer la fistule, le plus solidement possible, par suture de ses bords préalablement avivés après dédoublement de ces deux orifices. L'opération est difficile, elle demande des soins préopératoires qui consistent dans la désinfection des cavités en communication.

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude, qui nous a permis de décrire les principaux types de plaies du vagin au cours du coït, que conclure ?

1° Le nombre assez important de ces plaies rapportées par de nombreux auteurs.

2° La gravité, variable de ces lésions, qui peuvent laisser des séquelles sous forme de fistules rectales ou urétérales (infection-septicémie). ou qui ne nécessite que la suture du vaisseau.

3° La presque impossibilité de les prévenir si ce n'est en évitant les traumatismes du vagin par un coït trop brutal.

4° Le traitement de ces plaies doit toujours être chirurgical.

Le Président de la thèse : *Vu, le Doyen,*

LEFEBVRE. CALVET

Vu et permis d'imprimer

TOULOUSE, le 24 mai 1948.

LE RECTEUR,

Président du Conseil de l'Université :

DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

ARNAUD. — 4 plaies vaginales par coït (*Bulletin de la société de Chirurgie de Marseille*, Juillet 1938, T. 12. N° 7, page 274).

R. BARROUX. — Plaie du vagin au cours du coït mort en 12 heures par hémorragie profuse. (*Sté Anatomo clinique de Bordeaux*. Séance du 20 mars 1939).

BERTOLONI. — Nécrose de la voute vaginale due à un coït violent et dégénérescence kystique de l'ovaire chez une hysterectomisée. (*Société Toscane d'Obst. et Gynécologie*, 15 Mai 1910).

BOLLAC. — Blessure du vagin au cours du coït. (*Correspondenz Blatt fur Schweizer Aerzte*, 1914).

BONAFOS. — Déchirure vaginale. (*Société d'obstétrique et de Gynécologie d'Alger*. Séance du 12 Février 1938).

BONDAREFF. — Sur l'étiologie des lésions du vagin au cours du coït. (*Journal Akoucherstva Jenkick*, 1912).

COTTE ET RIVOLLIER. — Hémorragie répétées au cours du coït chez une femme de 65 ans. (*Bul. Société Obst. et Gynéc.*, Février 1934).

EUSTACHI. — Traumatisme vaginal par coït. (*Bulletin de la Société Gynéc. et Obstétrique*, 1932, page 306).

FIOLLE ET IMBERT. — *Bulletin de la Société de Gyn. et Obst.*, 1932, page 551).

FISCHER. — Traumatisme grave après coït. (*Zentralblatt für Gyn.*, 1928, n° 43).

GEORGIADE ET G. ELIAKIS. — Déchirure mortelle après coït. (*Annales de Médecine Légale* n° 9, Nov. 1938).

GUENIOT F. — Quelques notes et observations personnelles sur les déchirures du vagin. (*Revue Française de Gynéc. et d'Obstétrique*. Sept. 1939, pp. 544-551).

LEBAR ET AIGROT. — Traumatisme vulvo-vaginal par effort de coït. (*Bull. et Mém. Société Anat. de Paris*, 1903, pp. 626-630).

LAUDMAN. — Double déchirure des culs-de-sac vaginaux au cours du coït. (*Münchener Med. Wochen Schrift*, 1910).

LEJARS. — Plaies de la vulve et du vagin. (*Chirurgie d'Urgence*).

MEDINA JOSÉ. — Blessure par coït. (*Revista de Gyn. et Obst.*, Juillet 1929).

POZZI. — Plaie du vagin par coït. (*Traité de chirurgie clinique et opératoire*).

F. REGNAULT. — La longueur du vagin, son importance dans la vie sexuelle.

REEB. — Traumatisme occasionné par le coït. (*Bul. Société de Gyn. et Obst.*, 1932, page 306).

RUDOLF FALK. — Plaie par coït. (*Lentrablatt fur Gynakologie*).

R. SANAN ET GOLDLEWKI. — Rupture de la paroi postérieure du vagin au cours du coït. (*Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, 1938, Fasc. I).

SÉJOURNET. — *Gynécologie et Obstétrique*, Tome I, page 464.

Séance du 14 avril 1920 de la Société Gynéc. et Obst. de Paris.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 9

HISTORIQUE 11

CLASSIFICATION 15

I. — *Plaie du cul-de-sac postérieur et de la paroi postérieure* 17

II. — *Plaie du cul-de-sac de la paroi antérieure* 21

III. — *Plaie du cul-de-sac et des parois latérales* 21

COMPLICATIONS 25

SYMPTÔMES 29

EVOLUTION 33

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE 35

CAUSES ÉVIDENTES 37

PROPHYLAXIE DES ACCIDENTS 45

TRAITEMENT 47

CONCLUSIONS 49

BIBLIOGRAPHIE 51